

**LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTIVAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE
DEL DAY SERVICE NELLA REGIONE MARCHE**

INDICE

1	INTRODUZIONE.....	2
2	MODELLI ORGANIZZATIVI FUNZIONALI ALTERNATIVI AL RICOVERO ORDINARIO.....	2
2.1	DAY SERVICE	3
	PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC).....	3
2.2	OBIETTIVI	4
2.3	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	5
2.4	ASPETTI ORGANIZZATIVI.....	5
3	GRUPPO TECNICO REGIONALE	5
4	PERCORSO DI PRESA IN CARICO	6
4.1	ATTIVAZIONE DEL DAY SERVICE	6
4.2	PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSE	7
4.3	ESECUZIONE PAC	7
4.4	CONCLUSIONE DEL PERCORSO AMBULATORIALE	7
4.5	CARTELLA AMBULATORIALE.....	8
4.6	TARIFFA.....	8
4.7	PARTECIPAZIONE ALLA SPESA (TICKET)	8
5	ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	8
6	FLUSSO INFORMATIVO	9

1 INTRODUZIONE

L'evoluzione tecnologica e la ricerca sanitaria hanno consentito di introdurre, sulla base di evidenze scientifiche, nuovi modelli organizzativi clinico-assistenziali alternativi al ricovero, capaci di garantire elevati livelli qualitativi e di implementare l'efficienza operativa. Nell'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da patologie croniche spesso multiple, associate a condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale, i Sistemi Sanitari sono chiamati a gestire processi assistenziali complessi con una disponibilità di risorse e di posti letto ospedalieri molte volte non sufficiente e, allo stesso tempo, ad assicurare qualità, sicurezza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Al fine di sviluppare un efficace sistema di governo dell'offerta sanitaria, pertanto, diventa necessario procedere ad una riorganizzazione della rete ospedaliera adottando specifiche linee strategiche, quali l'implementazione di specifici percorsi assistenziali, il ricorso a forme alternative al ricovero, il potenziamento del setting ambulatoriale e dei servizi territoriali. La degenza a ciclo breve rappresenta infatti un enorme vantaggio sia in ambito sociale che economico, poiché, abbreviando la permanenza in ospedale, aumenta il comfort per il paziente, che non modifica le proprie abitudini di vita, riduce il rischio di complicanze durante la degenza e ottimizza i costi legati all'ospedalizzazione. A livello ministeriale, inoltre, sono state più volte fornite indicazioni alle Regioni circa l'adozione di *“adeguate misure per incentivare il trasferimento dal regime di day surgery/day hospital al regime ambulatoriale di determinate prestazioni nonché per disincentivare i ricoveri inappropriati”* (DPCM LEA 2017). L'implementazione di modalità organizzative che consentano una presa in carico assistenziale di qualità, in sicurezza, mediante l'attivazione di setting appropriati caratterizzati da minore impegno di risorse (es. ambulatori dedicati, Day Service aziendali etc.), può rappresentare, in particolari condizioni cliniche, una valida alternativa al ricovero ospedaliero. Al fine, quindi, di migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa, con tale documento, si forniscono le indicazioni necessarie ad ampliare l'offerta ambulatoriale organizzata in pacchetti di prestazioni relativamente a:

- criteri di individuazione e condizioni di erogabilità;
- modalità di valutazione e autorizzazione;
- aspetti organizzativi del percorso di presa in carico;
- attività di monitoraggio con la definizione di specifici indicatori.

2 MODELLI ORGANIZZATIVI FUNZIONALI ALTERNATIVI AL RICOVERO ORDINARIO

L'adozione di forme assistenziali alternative al ricovero ordinario consente di razionalizzare le risorse, aumentare l'efficienza operativa degli ospedali e garantire al cittadino un accesso semplificato e coordinato alle prestazioni necessarie al soddisfacimento del proprio bisogno di salute. I modelli organizzativi esistenti sono principalmente di due tipi:

- Strutturali: Day Hospital e Day Surgery
- Funzionali: Day Service/Pacchetti Ambulatoriali Complessi.

2.1 DAY SERVICE

Il Day Service si configura come un modello assistenziale finalizzato a gestire, a livello ambulatoriale, programmabile, problemi clinici complessi, diagnostici o terapeutici, che richiedono competenze multi-specialistiche integrate che risulterebbero non appropriate nel setting di ricovero. L'erogazione di tali prestazioni sanitarie, caratterizzate da **un basso livello di rischio evolutivo**, non necessita pertanto di sorveglianza/osservazione medica ed infermieristica protratta. Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il Day Service prevede la presa in carico del paziente, da parte di un medico referente, che si esplica nella pianificazione e nel coordinamento del processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva.

L'attività di Day Service non si limita al setting ospedaliero ma può rappresentare una modalità organizzativa applicabile anche all'interno delle strutture ambulatoriali territoriali (es. Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP previste dal DM 77/2022 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*").

In particolare, Il Day Service può essere attivato principalmente per pazienti che:

1. necessitano di un trattamento o inquadramento ambulatoriale in caso di sintomatologia di nuovo esordio o forme di riacutizzazione/scompenso della patologia di base. La tempistica di erogazione deve essere adeguata alle condizioni cliniche (indicativamente entro 30 giorni per i percorsi diagnostici e 90 giorni per quelli terapeutici) e richiedere il coinvolgimento di almeno 3 discipline, compresa quella della disciplina erogante cui è referente il medico responsabile del caso;
2. richiedono valutazioni periodiche e/o interventi terapeutici programmati sulla base di un protocollo predefinito (tipologia delle prestazioni coinvolte e cadenza temporale), in presenza del presupposto indispensabile della complessità clinica e/o organizzativa, limitando il più possibile gli accessi del paziente.

Il modello assistenziale organizzativo del Day Service prevede come strumento operativo l'erogazione di un gruppo di prestazioni ambulatoriali complesse (PAC) incluse nel nomenclatore/catalogo della specialistica ambulatoriale, necessarie a fornire una risposta ad uno specifico quesito clinico.

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI (PAC)

Il PAC si configura come un protocollo assistenziale (diagnostico o terapeutico) standardizzato, gestito da una struttura specialistica, intra od extraospedaliera, con specifiche competenze nella problematica clinica oggetto del PAC stesso. I PAC comportano un grande impegno di tipo organizzativo e coordinamento da parte di tutti gli attori coinvolti, affinché le prestazioni sanitarie previste vengano erogate nei tempi stabiliti, e richiedono una stretta collaborazione tra tutti i professionisti che partecipano alla presa in carico del problema clinico.

Il PAC riconosce le seguenti peculiarità:

- presa in carico globale del paziente da parte di un medico responsabile, individuato nella struttura in cui esso viene erogato;
- organizzazione complessa ed integrata delle attività assistenziali;
- erogazione coordinata di prestazioni predefinite, presenti nel vigente nomenclatore/catalogo tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- numero limitato di accessi per ridurre al minimo i disagi per il paziente, fatte salve diverse indicazioni per specifiche condizioni cliniche;
- accesso alle prestazioni gestito con apposita lista di prenotazione.

L'introduzione di tale modello assistenziale consente di offrire una modalità di erogazione diversa per alcune prestazioni sanitarie precedentemente disponibili esclusivamente in regime di ricovero (ordinario o diurno).

La tipologia di PAC da attivare deve essere prioritariamente orientata a ridurre la quota di prestazioni che vengono erogate in un setting di ricovero non appropriato e per cui esiste una evidenza di efficacia nell'attivazione di tale percorso diagnostico-terapeutico alternativo, tenendo sempre in considerazione la soddisfazione dei bisogni della popolazione di riferimento.

I PAC possono essere:

- chirurgici;
- medici (diagnostici, terapeutici, follow-up);
- riabilitativi.

Come ribadito precedentemente, le prestazioni sanitarie erogate in tale setting ambulatoriale sono comprensive di tutte le prestazioni dell'intero percorso diagnostico o terapeutico (es. visite, esami di laboratorio e strumentali, etc.) **includere nel vigente nomenclatore/catalogo della specialistica ambulatoriale.**

È inoltre utile considerare l'opportunità di definire percorsi organizzativi "interaziendali" per l'esecuzione di PAC poco frequenti o per particolari problematiche cliniche che prevedono l'esecuzione di prestazioni in sedi diverse dalla struttura specialistica che effettua la presa in carico.

2.2 OBIETTIVI

L'introduzione di specifici modelli organizzativi funzionali alternativi al ricovero presuppone i seguenti obiettivi:

- Obiettivi Generali

- migliore appropriatezza delle prestazioni e qualità dell'assistenza;
- riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero e razionalizzazione delle risorse;
- incremento del numero delle prestazioni e contenimento delle liste di attesa;
- miglioramento della continuità assistenziale;
- aumento della soddisfazione del paziente e maggiore accessibilità alle prestazioni sanitarie.

- Obiettivi Specifici

- Per l'utente:
 - presa in carico in percorsi assistenziali coordinati e incentrati sul reale bisogno di salute;
 - accesso sanitario e amministrativo facilitato;
 - riduzione dei tempi di attesa e dei tempi per il completamento del percorso.
- Per gli Enti del SSR:
 - ampliamento dell'offerta ed ottimizzazione della qualità dell'assistenza;
 - riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza, in particolare di quelli in regime diurno;
 - efficientamento delle risorse;
 - maggiore appropriatezza dell'utilizzo dei servizi diagnostici;
 - riduzione delle liste di attesa e del carico amministrativo associato al frazionamento delle prenotazioni.
- Per la Regione:
 - ottimizzazione del tasso di ospedalizzazione;
 - maggiore appropriatezza ed equità d'accesso nell'utilizzo dei servizi sanitari;
 - miglioramento della qualità assistenziale;
 - garanzia di continuità assistenziale attraverso l'integrazione tra i professionisti dei vari livelli assistenziali;
 - miglioramento della qualità assistenziale percepita.

2.3 CONDIZIONI DI EROGABILITÀ

La Direzione dell'Ente in cui insiste la struttura specialistica che effettua la presa in carico è responsabile del coordinamento organizzativo e amministrativo per garantire la gestione delle pratiche amministrative, quali prenotazione e ticket, attraverso la predisposizione di apposite agende di prenotazione dedicate al Day service da inviare al CUP e accessibili dagli specialisti coinvolti nel PAC che provvederanno alle necessarie prenotazioni; ciò al fine di garantire la trasparenza e le attività di monitoraggio.

2.4 ASPETTI ORGANIZZATIVI

Affinché l'intero percorso possa essere funzionale agli obiettivi fissati **presso le strutture che effettuano la presa in carico**, è necessario definire i livelli di responsabilità (Direttore di Unità Operativa, Direzione Medica Ospedaliera, Coordinatore di UCCP) e garantire il rispetto degli standard organizzativi minimi ed in particolare:

- presenza funzionale di più professionisti per assicurare una risposta multiprofessionale e multidisciplinare al problema clinico del paziente;
- possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche/strumentali presenti in ospedale o in una struttura ambulatoriale territoriale polispecialistica (UCCP) al fine di concludere in tempi brevi la formulazione di una diagnosi e/o percorso di cura;
- presenza di uno specialista che coordini, dal punto di vista clinico, l'intero percorso di presa in carico (dall'attivazione alla conclusione del Day Service);
- programmazione delle prenotazioni tramite agende dedicate per la gestione degli appuntamenti, al fine di assicurare il rispetto della tempistica di erogazione definita dallo specialista;
- condivisione di specifiche indicazioni circa la registrazione delle prestazioni ambulatoriali effettivamente erogate nell'ambito del singolo PAC;
- personale funzionalmente dedicato che coordini dal punto di vista organizzativo ed amministrativo il percorso di presa in carico;
- collegamento strutturato tra i servizi coinvolti nel percorso con l'attribuzione di posti riservati e con la definizione di modalità operative condivise;
- predisposizione di materiale informativo destinato al paziente che accede al PAC nel quale siano contenute almeno:
 - le informazioni essenziali sulle prestazioni offerte ed i tempi di erogazione;
 - le raccomandazioni utili per la preparazione agli esami /interventi;
 - le indicazioni/prescrizioni per il periodo successivo agli esami/interventi;
 - i contatti e i riferimenti del responsabile/referente del PAC.

Infine, si rende necessario prevedere la corretta conservazione ed archiviazione presso la struttura erogante della documentazione sanitaria prodotta.

3 GRUPPO TECNICO REGIONALE

La definizione degli specifici PAC deve essere coerente con la normativa nazionale e regionale e la tipologia della casistica da attivare prioritariamente sarà relativa, ad esempio, a situazioni cliniche complesse, a prestazioni classificate *“ad alto rischio di non appropriatezza”* in regime di ricovero secondo il DPCM del 12/1/2017, a situazioni non croniche riconducibili ad inquadramenti diagnostici complessi, ad interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di specifici farmaci), a patologie croniche che richiedono periodici monitoraggi al fine di mantenere equilibri di compenso e stabilità ed evitare riacutizzazioni etc.

Le proposte dovranno essere avanzate al Gruppo tecnico regionale "Day Service", composto da professionisti esperti nella materia, indicati dagli Enti del SSR, e referenti regionali dei Settori competenti, nominati con apposito decreto del Direttore dell'ARS, con funzione di verifica e monitoraggio di tale attività. Sarà compito del Gruppo tecnico regionale definire la scheda per la proposta/aggiornamento dei PAC, completa di tutti i requisiti necessari per l'approvazione.

In prima applicazione il Gruppo tecnico regionale effettuerà una ricognizione dei PAC già attivati presso gli Enti del SSR e procederà alla loro validazione.

Le proposte dovranno contenere almeno le seguenti informazioni:

- a) rationale e documentazione scientifica attestante l'efficacia clinica del percorso;
- b) accurata definizione delle prestazioni che compongono il pacchetto con riferimento al nomenclatore tariffario e con l'esplicitazione dei protocolli diagnostico-terapeutici, individuati dai professionisti interessati;
- c) tipologia dei pazienti cui il percorso è rivolto con i criteri di inclusione e di esclusione;
- d) valutazione del numero di casi attesi nell'anno sia in ragione della prevalenza della patologia sia in relazione a possibili riconversioni di attività dal setting ospedaliero a PAC;
- e) se il percorso è medico, chirurgico, diagnostico, terapeutico o di follow-up;
- f) il codice di diagnosi secondo l'ICD9-CM e successivi aggiornamenti.

4 PERCORSO DI PRESA IN CARICO

Ogni Ente del SSR individuerà, a livello locale, le modalità organizzative più appropriate per il governo delle prestazioni erogate in Day Service che garantiscano la "presa in carico complessiva", al fine di:

- organizzare la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
- avviare e gestire il percorso di prenotazione delle singole prestazioni;
- promuovere l'utilizzo del Day Service a livello locale, informando circa le modalità di accesso, la durata, la finalità del percorso, le modalità di gestione della presa in carico e di fine percorso ambulatoriale;
- verificare ed archiviare la documentazione sanitaria;
- definire percorsi dedicati per i servizi di specialistica, diagnostica o laboratoristici;
- valutare l'efficacia dei percorsi.

4.1 ATTIVAZIONE DEL DAY SERVICE

Il Day Service viene attivato a seguito della valutazione clinica effettuata nel corso di una prima visita specialistica del paziente richiesta dal MMG/PLS/medico di PS, medico specialista (ospedaliero/territoriale), in cui viene esplicitato il quesito clinico e la tempistica di accesso della disciplina di riferimento in relazione alla patologia accertata o sospettata.

La richiesta di attivazione del Day Service deve essere attuata contattando il responsabile del Day Service della struttura che effettua la presa in carico e l'attivazione del PAC, anche con modalità informatica o teleconsulto.

Nel caso in cui il medico che richiede l'attivazione del PAC sia diverso dal MMG/PLS, quest'ultimo dovrà essere informato e poi coinvolto (anche attraverso teleconsulto) nella definizione del percorso diagnostico.

Il medico specialista che effettua la presa in carico (specialista responsabile), sulla base della visita eseguita, valuta l'opportunità di avviare il percorso di Day Service, definisce il programma operativo, selezionando le prestazioni appropriate per la soluzione della problematica assistenziale e

definendo modalità e tempi di erogazione, informa preventivamente il paziente sulla metodologia di espletamento del PAC e sulla modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria, se dovuta.

Lo specialista responsabile provvede inoltre a compilare in maniera accurata e completa:

1. la Cartella Ambulatoriale di Day Service, strumento indispensabile e funzionale a descrivere in modo sintetico il problema clinico del paziente, le attività svolte e l'esito del percorso;
2. la scheda delle prestazioni ambulatoriali da erogare per il singolo PAC;
3. le ricette necessarie, complete delle eventuali esenzioni di pagamento del ticket.

Il personale dedicato si occuperà di:

- prenotare le prestazioni previste nella scheda PAC, programmando in una o più giornate le prestazioni in modo da limitare il numero di accessi necessari allo svolgimento del percorso;
- comunicare al paziente la data di esecuzione degli accertamenti ed eventuali preparazioni;
- organizzare le modalità di erogazione del percorso stabilito.

4.2 PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSE

La prenotazione delle prestazioni prescritte dal Medico specialista che ha attivato il Day Service viene fatta su agende CUP dedicate, riservate al TEAM di Day Service, nel rispetto dei criteri temporali stabiliti dallo specialista. Al paziente viene consegnato il/i foglio/i di prenotazione emesso/i dalla procedura CUP che riporta le sedi, le date e gli orari in cui effettuare gli accertamenti richiesti, e le eventuali preparazioni necessarie per eseguirli. Il paziente, qualora assoggettato al pagamento del ticket, sarà inviato agli sportelli aziendali deputati alla cassa.

4.3 ESECUZIONE PAC

Lo specialista responsabile del PAC ha accesso ai referti specialistici delle singole prestazioni erogate dai Servizi coinvolti per la successiva valutazione e conclusione del percorso, attraverso lo strumento informatico aziendale che supporta la Cartella Ambulatoriale di Day Service; i referti saranno anche accessibili attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Nelle more dell'attivazione/aggiornamento dei suddetti strumenti informatici, il personale dedicato si occuperà di acquisire tutti i referti specialistici delle singole prestazioni erogate dai Servizi coinvolti e di trasmetterli al medico specialista referente del PAC che ha preso in carico il paziente per la successiva valutazione e conclusione del percorso.

In base alla tipologia del PAC ed alla numerosità/complessità delle prestazioni ambulatoriali in esso contenute, la visita conclusiva del percorso potrà avvenire nella stessa giornata di esecuzione delle prestazioni o in una data successiva, già programmata dal personale dedicato e preventivamente comunicata al paziente.

4.4 CONCLUSIONE DEL PERCORSO AMBULATORIALE

Lo specialista responsabile, al fine di verificare la completezza del percorso effettuato, procederà alla valutazione di tutti i referti e a vistare l'esecuzione delle singole prestazioni previste sulla specifica scheda PAC. La visita conclusiva comprende la chiusura del PAC con la redazione di una relazione per il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

La relazione conclusiva, oltre a sintetizzare il percorso effettuato, deve contenere le relative eventuali raccomandazioni/indicazioni terapeutiche/prescrizioni, da rilasciare in copia all'assistito per garantire la continuità assistenziale (es. MMG/PLS, medico specialista, etc.). Nel caso di PAC chirurgico, la relazione conclusiva dovrà inoltre contenere tutti gli elementi relativi all'intervento, i consigli comportamentali da seguire a domicilio, la descrizione dei fenomeni che potrebbero insorgere nelle ore successive, le relative prescrizioni terapeutiche e le modalità di utilizzo dei

farmaci, nonché la struttura di riferimento in caso di insorgenza di complicanze, i comportamenti da adottare, le prescrizioni dietetiche, le limitazioni di movimento e di funzioni, e i tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa. Qualora il paziente presenti complicanze non gestibili nel setting ambulatoriale, lo specialista responsabile dovrà attivare un differente setting assistenziale e concordare il trasferimento in reparto, secondo procedure prestabilite comprensive anche delle eventuali modalità di trasporto dell'assistito.

Nel caso in cui fosse necessario effettuare ulteriori accertamenti clinico-strumentali, oltre a quelli previsti dal PAC, indispensabili alla formulazione della diagnosi, lo specialista responsabile potrà richiederli al di fuori del PAC.

4.5 CARTELLA AMBULATORIALE

I PAC devono essere regolarmente registrati in una specifica documentazione (Cartella Ambulatoriale del Day service), contrassegnata da un proprio nosologico con numerazione progressiva distinta da quella utilizzata per i ricoveri. Tale documentazione deve essere archiviata e conservata secondo le disposizioni vigenti e contiene:

- dati anagrafici del paziente;
- notizie anamnestiche;
- consenso informato al trattamento dei dati personali e sensibili e al trattamento diagnostico e/o terapeutico, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente. In particolare per quelli chirurgici, le informazioni devono contenere la tecnica di anestesia prescelta, i rischi e le complicanze ad essa connesse, la tecnica chirurgica proposta, le eventuali complicanze, i rischi correlati alla mancata effettuazione dell'intervento e le modalità di preparazione. Il consenso assume il significato di accettazione da parte del paziente dell'iter proposto e di assunzione di responsabilità per quanto compete l'osservanza delle regole igienico-sanitarie consigliate;
- referti relativi alle singole prestazioni strumentali o chirurgiche effettuate;
- diagnosi conclusiva comprensiva di codice ICD-9-CM;
- relazione clinica conclusiva firmata dallo specialista responsabile della presa in carico assistenziale.

4.6 TARIFFA

La remunerazione del PAC sarà effettuata con una tariffa pari alla somma delle tariffe previste dal vigente catalogo regionale per le singole prestazioni effettuate, al netto di eventuali ticket, oppure, per i PAC standardizzabili, il Gruppo Tecnico potrà valutare se stabilire una tariffa forfettaria unica.

4.7 PARTECIPAZIONE ALLA SPESA (TICKET)

I PAC erogati in regime di day service sono soggetti al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino secondo quanto già previsto dalla normativa nazionale e regionale per la Specialistica ambulatoriale.

5 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Al fine di verificare la corretta applicazione delle indicazioni regionali per l'effettuazione dei PAC, si descrivono, di seguito, gli specifici parametri di monitoraggio di tale modello organizzativo che verranno valutati sia a livello locale dagli Enti del SSR che dal Gruppo tecnico regionale "Day Service":

1. congruenza tra PAC erogati e PAC attivati;
2. tempo massimo di attesa tra la data di prenotazione del PAC e la data della sua apertura;
3. durata PAC;

4. numero di accessi necessario per il completamento del PAC (indicatore di efficienza organizzativa).

Sarà compito del Gruppo tecnico regionale "Day Service" definire/aggiornare gli specifici indicatori di monitoraggio.

6 FLUSSO INFORMATIVO

Tutte le prestazioni erogate nell'ambito del PAC "codificati" nell'ambito del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale devono essere registrate nel File C, in coerenza con la normativa nazionale e regionale prevista. I suddetti PAC devono essere identificati da uno specifico codice costituito da massimo 7 caratteri alfanumerici di cui il primo è sempre la lettera "P", di seguito:

- codice ICD9-CM di diagnosi della specifica patologia oggetto del PAC;
- l'ultimo carattere uguale ad un'altra lettera che può essere "D" nel caso di PAC diagnostici, "T" nel caso di PAC terapeutici ed "F" per i follow-up.